

Examen clinique avant création d'un abord vasculaire

PASCALE BUGNON BOULENGER - CHIRURGIEN - POLYCLINIQUE - HÉNIN BEAUMONT

CHOIX DE L'ABORD VASCULAIRE

Afin de choisir le type d'abord vasculaire à réaliser pour un patient, on réalise un bilan veineux et artériel.

Ce bilan va déterminer le type de montage :

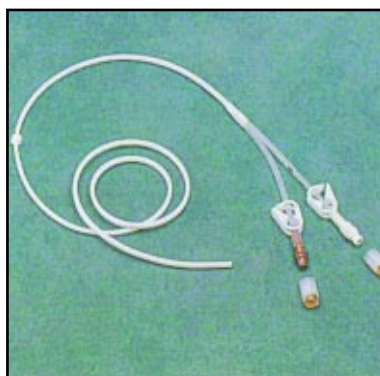
- **F.A.V (1)** Réalisée en première intention
- **Pontage artérioveineux (2)** Réalisé en seconde intention
- **Cathéters veineux centraux (3)** pour les accès temporaires



1. fistule artérioveineuse



2. Pontage artérioveineux



3. Cathéter veineux central

L'examen clinique est primordial avant la création d'un abord vasculaire.

Il permet par une étude soigneuse et précise de l'axe artériel et veineux de définir dans la plupart des cas le type de montage.

L'expérience et le recul permettent actuellement d'affirmer que la FAV représente l'accès vasculaire de choix pour l'hémodialyse chronique ; elle offre en effet tout à la fois :

- les débits sanguins les plus élevés
- les taux de circulation les plus bas
- les plus faibles taux de complications

Ces complications auraient pu, pour certaines être prévenues par l'examen clinique initial. C'est également un examen clinique réalisé à intervalles réguliers qui peut permettre à lui seul de dépister et de diagnostiquer les complications des abords vasculaires au premier rang desquelles figurent la sténose et la thrombose.

Idéalement l'accès vasculaire devrait être réalisé trois à quatre mois avant le passage en hémodialyse.

L'INTERROGATOIRE DU PATIENT ET L'ÉTUDE DE SES ANTÉCÉDENTS

Influencent l'arbre décisionnel.

L'**interrogatoire** va préciser :

1) Le mode de vie du patient

- Son hygiène
- Son âge
- Son activité professionnelle
- Est-il droitier ou gaucher ? (on préférera choisir le membre non dominant)

2) Les pathologies risquant de compromettre le capital vasculaire

- La pose de Pace - maker
- Un **séjour** en service de réanimation avec la mise en place de cathéters veineux centraux (risque de sténose des gros troncs veineux surtout après la pose de cathéter sous-clavier)
- Le diabète et ses complications artérielles
- Les cathéters périphériques veineux (Drumm)
- Les dons de sang, les ponctions veineuses ou artérielles pour prélèvement sanguin ou gazométrie, les perfusions passées (chimiothérapie).
- Les troubles de l'hémostase (la présence d'anticoagulant circulant peut provoquer une thrombose précoce de l'accès)

3) Les pathologies limitant l'espérance de vie

- L'insuffisance cardiaque sévère (la création d'une fistule artérioveineuse peut altérer l'hémodynamique et le débit cardiaque)
- Le patient porteur d'une pathologie néoplasique
- Le sujet cachectique

4) L'historique des abords précédents

La présence d'abord vasculaire antérieur limite le nombre de sites disponibles et il convient d'en rechercher les causes d'échec.

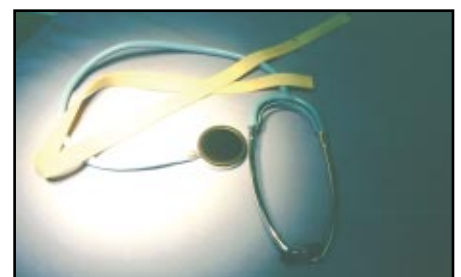
LES CONDITIONS DE L'EXAMEN CLINIQUE



L'examen clinique sera réalisé sur un patient torse nu dans une pièce chaude.

Si le patient a froid, lui plonger les mains et les avant-bras dans l'eau chaude et surtout renouveler l'examen clinique si celui-ci est peu contributif, avant l'intervention quand le patient est dans un lit bien chaud (la chaleur favorisant la vasodilatation des vaisseaux)

L'examen clinique sera d'autant plus performant que le sujet sera mince.



L'examen va débiter par l'inspection de la peau à la recherche d'hématomes sous-cutanés sur point de ponction d'aiguille, de cicatrices d'intervention pour abord vasculaire antérieur ou pour toute autre origine. L'examen clinique sera comparatif pour les deux membres et la présence d'un œdème d'un membre supérieur ou d'une circulation collatérale de l'épaule fera craindre une sténose des gros troncs veineux centraux.

EVALUATION CLINIQUE DU SYSTÈME ARTÉRIEL

L'exploration des artères se fera par la palpation des pouls radial, cubital et brachial (huméral)

L'Artère Brachiale

Elle est sous-cutanée et on peut la palper au 1/3 inférieur du bras dans le sillon formé par les muscles brachial antérieur et biceps.

L'Artère Radiale

Elle est superficielle à la moitié inférieure de l'avant bras et est alors palpable au bord médial du tendon du long-supinateur.

L'Artère cubitale

Elle est plus difficile à percevoir de par son petit calibre et sa situation entre le tendon du muscle cubital antérieur et le tendon du fléchisseur du 5ème doigt.

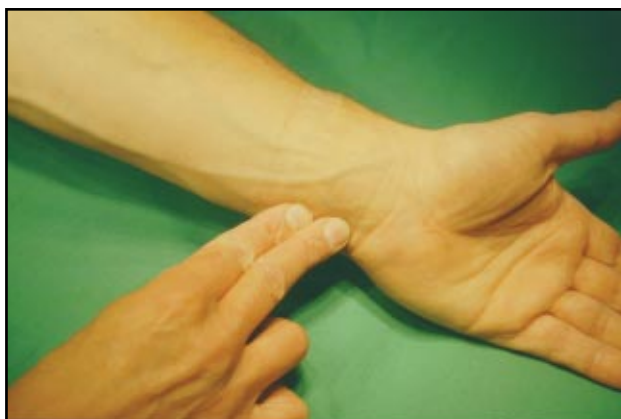
La palpation des pouls permettra également d'apprécier la qualité des vaisseaux ; la perception d'une artère dure, faiblement battante ou absente traduit la présence de calcifications et se rencontre surtout chez le diabétique et le sujet âgé.

L'auscultation enfin recherche l'existence de souffle sur le trajet artériel dont la présence doit faire craindre une sténose de ces vaisseaux. L'auscultation peut retrouver une ancienne fistule encore faiblement perméable.

Examen à la palpation



Pouls radial et cubital



Pouls cubital



Pouls huméral

Examen au stéthoscope

Auscultation du trajet artériel à la recherche d'un souffle dont la présence fait craindre une sténose du vaisseau



L'EXAMEN DU LIT VEINEUX

Les veines superficielles de l'avant-bras sont au nombre de trois :

- La veine céphalique
- La veine médiale antébrachiale
- La veine basilique

La veine céphalique

Elle est palpée sur le bord latéral de l'avant-bras et du bras le long du bord externe du biceps.

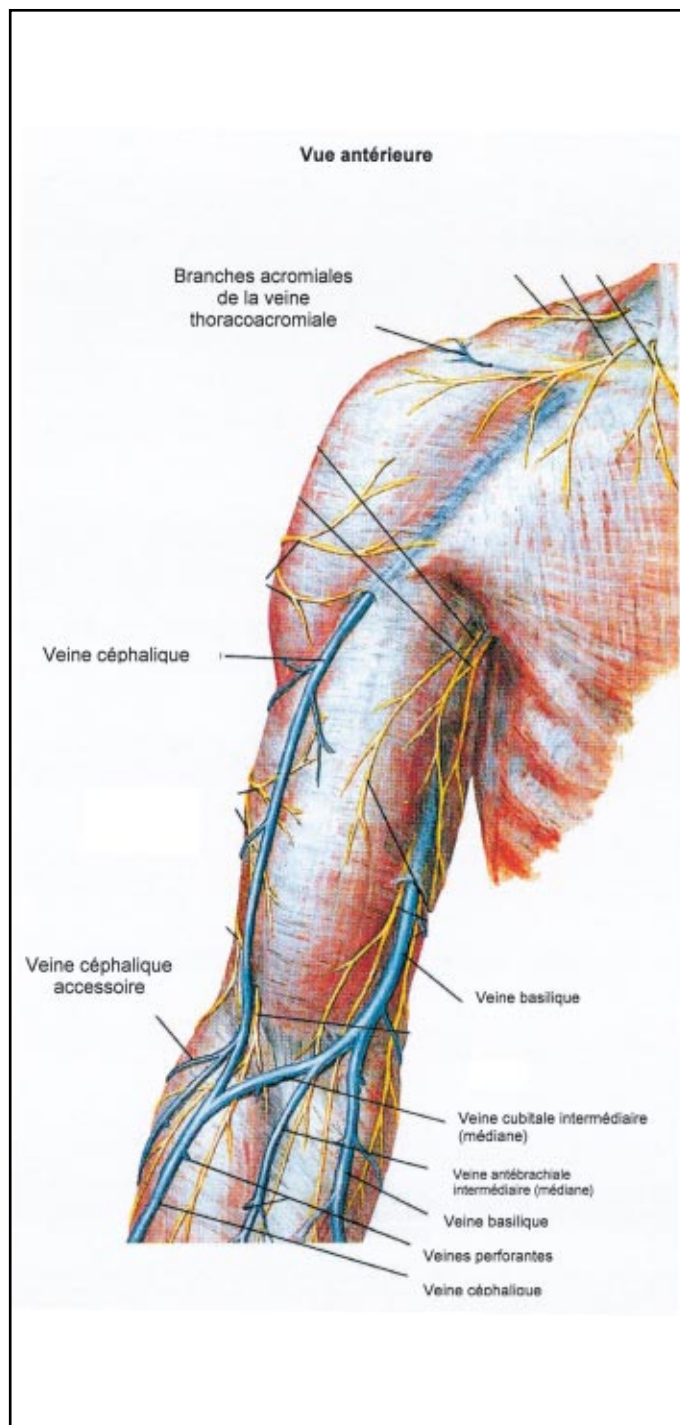
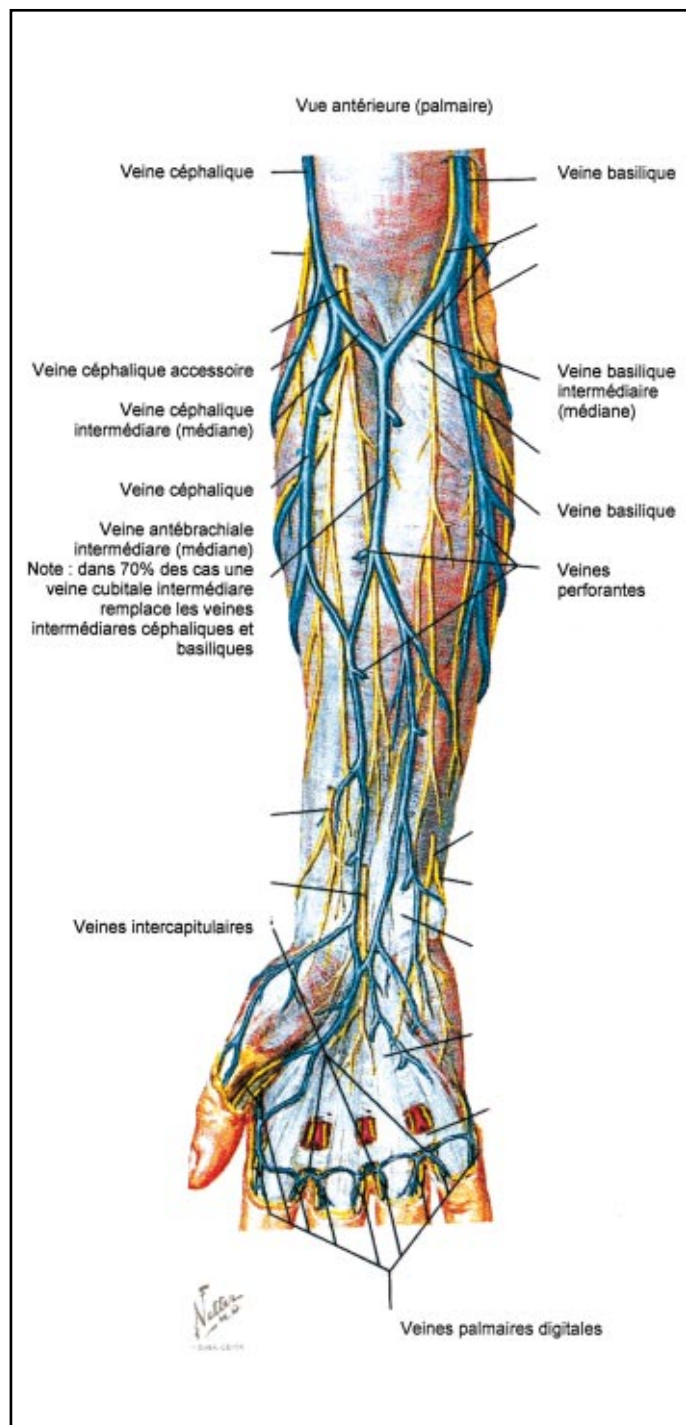
Elle rejoint le sillon delto-pectoral (sillon entre le muscle deltoïde et le muscle grand pectoral) et s'abouche dans la veine axillaire.

La veine Médiale antébrachiale

Elle est palpée à la face antérieure de l'avant bras.

Ses deux branches sont perçues :

- La veine médiale céphalique
- La veine médiale basilique



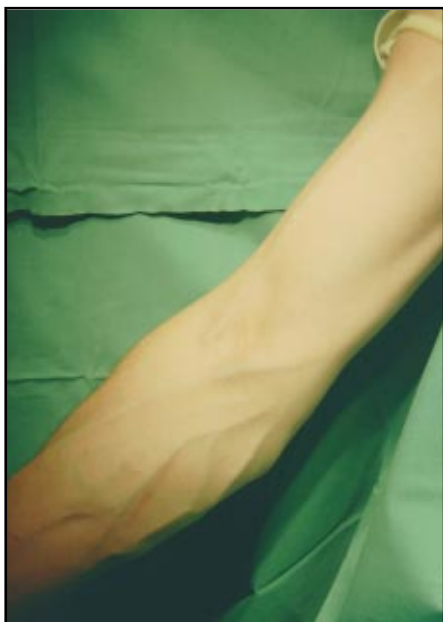
La veine Basilique

Elle est perçue sur le bord médial de l'avant-bras, elle est superficielle jusqu'au milieu du bras où elle perfore l'aponévrose et devient profonde

La brièveté de son trajet sus-aponévrotique oblige à une superficialisation secondaire de son trajet jusqu'à la base du creux axillaire.

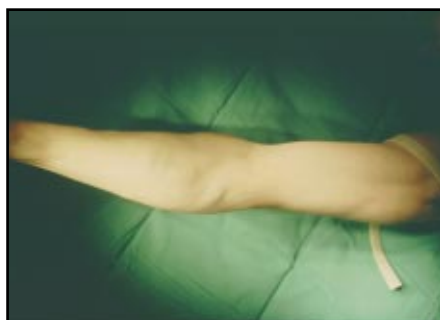
L'exploration du réseau veineux superficiel est réalisé sans et avec garrot placé à la racine du membre.

EXAMEN AU GARROT



Le bon état d'une veine de l'avant-bras est vérifié par la visibilité et la palpation de celle-ci sur tout son trajet du poignet jusqu'au coude.

Ainsi une veine thrombosée est dure et roule sous le doigt.



L'étude de la vidange de la veine sera appréciée au lâcher du garrot après avoir mis le membre supérieur en élévation ; normalement une veine à paroi souple doit se vider rapidement

AU TERME DE CET EXAMEN CLINIQUE

Dans les cas habituels on peut se faire une idée assez précise sur l'état artériel ou veineux superficiel du patient et on peut dresser une cartographie artérielle et veineuse. La **veine céphalique** sera choisie préférentiellement lors de la création d'un abord vasculaire mais toujours vérifier la veine basilique sur toute l'étendue de l'avant-bras car celle-ci est souvent épargnée par le personnel paramédical de par son trajet à la face interne de l'avant-bras.

Néanmoins en l'absence de veine palpable, chez l'obèse ou en cas de suspicion de sténose il faudra savoir s'aider d'examens complémentaires :



- la radiographie des parties molles est anodine et facile à obtenir, elle recherche des calcifications artérielles et permet parfois de réaliser une véritable cartographie artérielle.
- l'écho-doppler
- la phlébographie (iode, CO2)

L'ordre préférentiel de création d'un abord vasculaire est le suivant :

La F.A.V est l'abord vasculaire réalisée en première intention chez presque tous les malades.

L'anastomose sera la plus distale possible sur le membre non dominant avec préférence absolue pour la veine céphalique au poignet.

Le cathéter tunnelisé est l'abord de choix pour les accès temporaires.

CONCLUSION

C'est la qualité d'un examen clinique bien conduit qui conditionne l'arbre décisionnel. C'est également la qualité de la veine qui conditionne la survie d'un abord vasculaire.

Il faut donc choisir préférentiellement :

- le membre non dominant
- une veine superficielle de bonne qualité

S'assurer :

- de la qualité de l'état artériel
- de l'absence de sténose des vaisseaux du cou

Créer :

- la fistule la plus distale possible

La réalisation d'une fistule artério-veineuse n'est possible que si les veines superficielles du bras ont été épargnées par les prises de sang ou les perfusions.

Il est donc impératif de protéger le capital veineux chez tout patient présentant un risque d'évolution vers l'insuffisance rénale et de surveiller régulièrement les abords vasculaires.

Une collaboration et une approche multidisciplinaire est donc indispensable pour assurer une durée de vie prolongée aux fistules artério-veineuses. Le bon fonctionnement de ces abords permettant d'assurer durée et qualité de vie à nos patients.